



PRAXISKLINIK FÜR MUND-, KIEFER- &amp; ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT, LIEBE ELTERN,

wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns dadurch, bei Ihnen eventuell gegebene Gesundheitsrisiken besser zu erkennen. Somit kann die Behandlung besser auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden.

Vielen Dank für Ihre freundliche Hilfe! Das Team der Praxisklinik

Patient/-in Name, Vorname

Geburtsort

Geburtsdatum

 T  T . M  M . J  J J J

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

 

Telefonnummern:

 TAGSÜBER, MOBIL

 PRIVAT

BERUFLICH

E-Mail-Adresse

Hausarzt

Zahnarzt

Sie sind zur Zeit noch bei einem anderem Arzt in Behandlung? ( z.B. Internisten, HNO-Arzt etc.)

Versicherter (Hauptversicherter), Name, Vorname, Anschrift

Geburtsdatum

 T  T . M  M . J  J J J

Name der Privaten Krankenversicherung

Beihilfeberechtigt

☐

– Ja

☐

– Nein

Evtl. gesetzlicher Vertreter:

 NAME

 VORNAME

TELEFONNUMMER(N)

Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Aids, Tuberkulose)?

Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine **Allergie** oder Überempfindlichkeit?

Wenn ja, welche?

☐

– Ja

☐

– Nein

Rauchen Sie?

Anzahl der Zigaretten pro Tag:

☐

– Ja

☐

– Nein

Sind Sie schwanger?

☐

– Ja

☐

– Nein

Leiden/Litten Sie an erhöhtem Blutdruck? Blutdruckwert:

☐

– Ja

☐

– Nein

Leiden/Litten Sie an einer Atemwegs- oder Lungenerkrankung (z. B. Asthma)?



PRAXISKLINIK FÜR MUND-, KIEFER- &amp; ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE

- ☐ – Ja    ☐ – Nein    Sind Sie zuckerkrank (haben Sie Diabetes)?  
☐ – Ja    ☐ – Nein    Leiden/Litten Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?  
☐ – Ja    ☐ – Nein    Leiden/Litten Sie an einer Lebererkrankung?  
☐ – Ja    ☐ – Nein    Hatten Sie Ohnmachts- oder Krampfanfälle?  
☐ – Ja    ☐ – Nein    Leiden/Litten Sie an grünem Star (Glaukom)?  
☐ – Ja    ☐ – Nein    Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?

Haben/hatten Sie eine Herzerkrankung, einen Herzfehler oder Herzbeschwerden? Hatten Sie bereits eine Herz-OP?

Wenn ja, welche und wann?

T T . M M . J J J J

Wurde bei Ihnen eine Bypass-OP durchgeführt oder haben Sie einen Herzklappenersatz oder einen Herzschrittmacher?

Wenn ja, welche/-n?

Haben Sie im Rahmen einer Osteoporosetherapie oder Tumorthherapie eine Behandlung mit Bisphosphonaten erhalten (z. B.: Zometa, Aredia, Actonel, Bondronat, Fosamax, Bonefos, Ostac)?

Wenn ja, welche und wann?

T T . M M . J J J J

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?

Wenn ja, an welchen?

Leiden sie aktuell an sonstigen Erkrankungen?

Wenn ja, an welchen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch die „Pille“ oder Vitaminpräparate)?

Wenn ja, welche?

Bitte teilen Sie dem Arzt im persönlichen Gespräch mit, ob Sie an einer Suchtkrankheit leiden oder früher gelitten haben (Alkohol, Medikamente, Drogen, usw.). Für uns ist diese Information äußerst wichtig, da wir in diesen Fällen bei unserer Auswahl der Medikamente für Ihr Wohlergehen besondere Rücksicht nehmen müssen!!! Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich unter Berücksichtigung aller Datenschutzrichtlinien behandelt!

Wolfenbüttel, den

T T . M M . J J J J

Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. der/des Erziehungsberechtigten